Rok XXXIII. Kraków 7. Lipca 1894 r. Nr. 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 160 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. O działaniu rtęci w przymiocie (kile) czasowo (pozornie) ubiegłym.

Odczyt wypowiedziany w sekcyi chorób wenerycznych i skórnych na XI. kongresie międzynarodowym lekarskim w Rzymie

przez

Dra Watraszewskiego,

Lekarza Naczelnego Szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

Szanowni Panowie! Przed trzema laty miałem zaszczyt wypowiedzieć w tejże sekcyi zdanie swoje w kwestyi tak zwanych metod zapobiegawczych leczenia przymiotu [1]).

Leczenie rtęcią, stósowane peryodycznie w okresach wolnych od wszelkich objawów przymiotowych, nie jest w stanie zapobiedz występowaniu nowych objawów, zarówno w okresach cierpienia wczesnych, jak i późnych. Tego rodzaju kuracye wpływają niekorzystnie na stósunki przemiany zarazka, znajdującego się w ustroju, względnie na zdolność do wydzielania się na zewnątrz, wskutek czego choroba przybiera inny obrót i występuje w sposób odmienny.

Kuracye merkuryalne, stósowane peryodycznie w ciągu miesięcy i lat całych nie pozostają obojętnemi dla ustroju a głównie dla systemu nerwowego. Takie kuracye przedstawiają niebezpieczeństwa związane z chronicznem zatruciem rtęcią, które przez analogię z zatruciem ciężkimi metalami okazują się przeważnie w sferze nerwowej.

Nader trudnem i ważnem staje się wtedy dla lekarza zadaniem rozstrzygnąć w danym przypadku: ile w nim kłaść należy na rachunek przymiotu a ile z drugiej strony położyć na karb chronicznego używania, względnie nadużywania rtęci. Odpowiedzialność lekarza staje się tem poważniejszą, jeśli weźmiemy pod uwagę szkodliwe niewątpliwie skutki fałszywie zastósowanej terapii.

Niebezpieczeństwa wyżej wspomniane nie są jedynemi, jakie nas przestrzegać winny, byśmy na przyszłość byli ostrożniejsi w przepisywaniu tego rodzaju kuracyj.

Pozwólcie mi, Szan. Panowie! zanim obszerniej dotknę tego przedmiotu, zwrócić uwagę Waszą na następujące okoliczności.

Z chwilą, gdy choroba przymiotowa odbyła swe główne fazy w ustroju — po objawach wczesnych wystąpiły (lub nie wystąpiły) objawy późne — w przebiegu jej następuje zwykle okres dłuższego spokoju. Przez pewien przeciąg czasu, krótszy lub dłuższy, czasem nieograniczony, nie widzimy żadnych objawów właściwych u naszych chorych, którzy na pierwszy rzut oka wydają się wyleczonymi.

W jaki sposób winniśmy pojmować i przedstawiać sobie owo w y l e c z e n i e w przytoczonych okolicznościach?

Albo zarazek przymiotowy, przenikający cały ustrój, miał czas i możność do opuszczenia tegoż ustroju *in toto* tak, że chory jest w rzeczy samej wolny od niego, czyli innemi słowami uważany być może za rzeczywiście wyleczonego, albo też stan rzeczy przedstawia się w następujący sposób: Pewna ilość zarazków syfilitycznych a mianowicie te, które nie znalazły się w odpowiednich po temu okolicznościach, aby były usunięte, pozostają w ustroju. Zatrzymują się one w pośród tkanek wskutek reakcyi, jakie te tkanki przeciwstawiają wszelkiemu obcemu żywiołowi. Owe ogniska chorobowe, uwięzione, otorbione w ten sposób, nie mogą więcej szkodzić ustrojowi, w którym się znajdują, i mogą pozostać w tym stanie w spokoju zupełnym przez czas nieograniczony a nawet do śmierci.

Zarazek specyficzny, w powyższy sposób uczyniony obojętnym i nieszkodliwym, może jednak pod wpływem pewnych okoliczności wolność swoją odzyskać. Nie straciwszy nic z własności swych specyficznych, staje się na nowo zdol-

[1]) Ueber den Werth der praeventiven Behandlungsmethoden in der Syphilis. Vortrag gehalten in der Section für Dermatol. und Syphilis des X. Internat. Med. Congresses zu Berlin 1890.

nym do wywoływania zmian chorobowych właściwego sobie charakteru tam, gdzie się znajduje, albo w każdem innem miejscu, w którem stósunki miejscowe są dla niego przyjaźniejszymi.

Okoliczności, w których zarodek syfilityczny może na nowo odzyskać swą wolność i ukazać swe cechy swoiste, zależą od szeregu przyczyn pewnego, określonego rodzaju.

Przyczyny te, działając wprost lub pośrednio w sposób drażniący przeciw owym izolowanym ogniskom chorobowym, przyczyniają się do zniesienia naturalnych przeszkód, wzniesionych przeciwko nim przez ustrój w interesie własnej ochrony. Liczne spostrzeżenia stwierdzają to dostatecznie. Widzimy np., iż po uderzeniu w kość osobnika dotkniętego przymiotem powstaje nieraz w temże miejscu gummat syfilityczny (kilak). Przypominam przypadki, w których po zarażeniu się wrzodem wenerycznym miejscowym tenże u wzmiankowanych chorych przemienia się po pewnym czasie w owrzodzenie gummatyczne, głębokie i poszarpane, albo, iż podobne powikłanie następuje w najbliższem sąsiedztwie owego wrzodu świeżo nabytego.

Tego rodzaju owrzodzenia zachowują się najzupełniej obojętnie wobec wszelkiego leczenia miejscowego, poprawiają się i goją dopiero szybko z chwilą zastósowania w danym przypadku ogólnych i miejscowych środków specyficznych.

Mogę przytoczyć przypadki, gdzie wskutek podrażnienia miejscowego, trwającego pewien czas (*eczema*, *rhagades traumaticae repetat.*) zdarzało mi się widzieć typowe gummaty, powstające w miejscu pierwotnego owrzodzenia przymiotowego, które tamże znajdowało się przed laty, a wspomnione powikłania ustępowały dopiero po zastósowaniu swoistych środków. Widziałem raz jeden wrzedzionkę rozwijającą się najzupełniej typowo u chorego, który 12 lat temu dotknięty był przymiotem. Przebieg i formowanie się owej wrzedzionki (*furunculus*) był, jak nie można więcej, typowy dla tego rodzaju ostro zapalnych miejscowych cierpień. Wrzedzionka została przecięta w czasie właściwym i po odejściu ropy i usunięciu centralnego czopka, wrzedzionka zamiast goić się zaczęła powoli przybierać wejrzenie owrzodzenia pełzającego, co zmusiło mię do zastósowania leczenia swoistego, uwieńczonego rychłym skutkiem.

Należy również pomieścić w tej rubryce przypadki, o których wspomniałem był dawniej, gdzie uderzenie albo upadek na głowę, staje się przyczyną wystąpienia objawów mózgowych, charakteru niewątpliwie przymiotowego i pozostających w związku z chorobą wygasłą od długiego czasu. Objawy przymiotu nie występowały ongi w sferze centralnej nerwowej albo po zamanifestowaniu się w tejże sferze, ustąpiły w zupełności i chory wydawał się wyleczonym od lat wielu.

Spostrzeżenia powyższe stwierdzają wpływ przyczyn drażniących na obudzenie się przymiotu czasowo uśpionego.

Rzecz najwyższej dla nas wagi stanowi okoliczność, iż należy nam pomieścić kuracye merkuryalne, powtarzane peryodycznie w nieodpowiednim czasie, w liczbie tychże danych czynników drażniących, przed chwilą wspomnianych, które przymiot uśpiony do nowego życia powołać są w stanie.

Powinowactwo chemiczne rtęci do białkanów ustrojowych jest okolicznością dostatecznie stwierdzoną; wyobrażenie, jakie sobie tworzymy o działaniu swoistem tego środka, opiera się przeważnie na tem powinowactwie (Voit). Rtęć tem łatwiej oddziaływa na białkany organiczne i okazuje wobec nich tem wyraźniej swe właściwości specyficzne, im ciała wspomniane odznaczają się mniejszą chemiczną stałością, t. j. im większą posiadają skłonność do rozpadu. Wytwory patologiczne w ogóle odznaczają się tą właściwością, w szczególności zaś przymiotowe pod względem biologicznym najmniejszą, jak wiadomo, posiadają odporność (Virchow). Z tego powodu wytwory przymiotowe podlegają przed innymi działaniu rezolucyjnemu rtęci a w **najpierwszym rzędzie** objawy przymiotu jawnego, jako najlepiej wpływowi środka tego dostępne.

Pozostawiając następnie na uboczu naturę owych ognisk czyli złogów przymiotowych powyżej wspomnianych: czy to uważać je będziemy za związki chemiczne zarazka przymiotowego z białkanami organicznymi (Voit), czy też przyjmiemy, iż zarazki owe spoczywają na wzór obcych ciał wśród tkanek, ewentualnie komórek mniej więcej patologicznie zmienionych, to nie ulega wątpliwości, iż stósunki egzystencyi owych ognisk są nietrwałe i mało zdatne do oporu. Dlatego rtęć wprowadzona w ustrój znajdujący się w rzeczonych okolicznościach, dotknie w **drugim rzędzie** złogów, o których mowa. Zastósowanie rtęci w danym przypadku będzie miało ten skutek, iż zniszczy przeszkody, które odgraniczają wspomniane ogniska od przyjmowania udziału w sprawach życiowych, odbywających się w ustroju i powróci swobodę działania zarazkowi chorobowemu, będącemu dotychczas na uwięzi.

Zdawałoby się *a priori*, iż to właśnie byłoby zadaniem, jakie spełnić winna kuracya prawidłowo działająca, tudzież cel, jaki pragnęlibyśmy osiągnąć w każdym z osobna przypadku. Zadanie powyższe reasumuje się do tego, aby zaatakować, uczynić dostępnem środkowi leczniczemu i zobojętnić nim wszystko to, co ustrój zawiera w sobie przymiotowego w jakiejkolwiek formie.

Zadanie takie byłoby racyonalnem bez kwestyi, gdybyśmy mogli mieć pewność pod następującymi względami: Ile czasu i ile rtęci użyć należy w każdym z osobna przypadku, aby rezultat ów osiągnąć?

Ponieważ odpowiedź na powyższe pytanie jest niemożebna, zwolennicy powtarzania peryodycznie kuracyj rtęcią powodują się wskutek tego najzupełniejszą empiryą. Przepisują oni chorym swym kuracye merkuryalne i wstrzymują je na tych samych zasadach, na jakich leczenie to zostało ordynowane, t. j. bez żadnych danych co do stanu cierpienia danej osoby a często nawet w zupełnej nieświadomości, czy samo cierpienie trwa jeszcze lub nie.

(Dokończenie nastąpi).

[1]) v. Watraszewski: Syphilis und Kopfinsulte. Vierteljahreschrift für Dermatol. und Syphilis. 1887. XIV.

II. Osteomalacya z uwzględnieniem leczenia jej kąpielami słonemi.

Podał

Dr. Zenon Pelczar.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 26).

Rozmiękczenie kości występuje przeważnie u kobiet w wieku średnim między 30. a 40. r. życia, wieloródek, żyjących w nędzy, po częstych a ciężkich porodach, połączonych ze znaczną utratą krwi i zadługiem karmieniem.

W małej części według dawniejszych poglądów cierpią na rozmiękczenie kości mężczyźni. Weismayr z Wiednia zebrał 15 drukiem ogłoszonych przypadków między r. 1861—93, sam dodał swój jako szesnasty, zwracając uwagę, że to pierwszy w Austryi.

Rzecz jednak dziwna, bo w powyżej przytoczonem sprawozdaniu szpitali wiedeńskich z r. 1892 naliczyć mogłem 9 mężczyzn na 34 kobiet a więc blisko $^1/_3$ całej sumy. Vinay w najnowszem swem dziele zestawił 691 przypadków z obserwacyi różnych autorów francuskich, gdzie średnio wypada stósunek mężczyzn do kobiet rozmiękczeniem kości nawiedzonych, jak 1:5. Bouchard opierając się na statystyce 360 obserwacyj podaje stosunek 1:8.

Co do wieku, w którym kobiety najczęściej ulegają cierpieniu, podają autorowie zgodnie czas między 25. a 40. rokiem życia. Pojawianie się osteomalacyi przed 20. r. życia należy do rzadkości, aczkolwiek i wiek młodszy nie jest od niej zupełnie wolnym. Durham i Beylard podają nawet blisko 7%; dokładne zaś opisy przebiegu prawdziwej osteomalacyi u osób młodszych podali Jones, Elben, Herman.

Pierwsze objawy cierpienia rozpoczynają się nieznacznie bólami najpierw w okolicy guza jednej lub obu kości kulszowych, przenoszą się następnie na kości spojenia łonowe i kość krzyżową, zajmują następnie całą miednicę i przybierają charakter bólów t. zw. *dolores osteocopi*. Bóle te nie trwają ciągle, zwiększają się za ruchem, naciskiem na kości a zawsze zaostrza je regularność.

Inny nieco typ przybiera rozmiękczenie kości niepołogowe, jak to bywa u mężczyzn i u kobiet, które nie rodziły. Bóle biorą w tym razie początek w dolnej części krzyżów i przechodzą w dalszym ciągu na klatkę piersiową. W dalszym przebiegu cierpienia bóle zajmują kości długie kończyn dolnych i górnych. Przy dłuższem trwaniu cierpienia kości zaczynają tracić na swej twardości, stają się łamliwe lub giętkie. Skutkiem ciężaru samego ciała miednica zmienia swój prawidłowy kształt, przedstawiając znany obraz miednicy osteomalacyjnej. W ślad za miednicą i słos kręgowy ulega zgięciu, wysokość zaś chorych znacznemu zmniejszeniu. W skórze występuje przeczulica, odruchy powiększają się.

Mięśnie przyczepiające się do miednicy, stają się bolesne i wczas bardzo występuje, na co Latzko zwraca uwagę, skurcz mięśni przywodzących *(adductores)* i mięśnia podnoszącego odbyt *(levator ani)*. Nadto powiększa się pobudliwość nerwowa (*suscibilité nerveuse* Trousseau, Lasègue), objawiająca się skurczami i drganiem mięśni nawet przy delikatnem dotykaniu skóry w miejscach cierpieniem nawiedzonych. Równocześnie podupada odżywienie podkopując stan ogólny chorego; występują biegunki prowadzące do charłactwa. Skutkiem zniekształceń kośćca, zwłaszcza klatki piersiowej przyłączają się dolegliwości ze strony serca i płuc w kształcie nieżytu oskrzelowego, bicia serca, napadu duszności.

Chorzy skutkiem ogólnej bolesności i osłabienia nie są zdolni do ruchów, leżą ciągle na boku, dopóki gruźlica lub, co częściej, zapalenie płuc cierpień ich nie zakończy.

Rozpoznanie w późnych okresach choroby bardzo łatwo i wprost rzucające się w oczy, w pierwszych jednak początkach nawet doświadczonym nie małe przedstawia trudności. Pomieszać łatwo można rozmiękczenie kości z chorobami rdzenia pacierzowego, stawów, lub samych kości. Znane są w literaturze przypadki, gdzie osteomalacyę brano za rwę kulszową, podagrę, zapalenie nerwów, zapalenie rdzenia, wiąd rdzenia lub histeryę (Reuz, Heddäus, Wagner) i bezskutecznie często nawet szkodliwe samemu cierpieniu przedsiębrano leczenie. Przed błędnem rozpoznaniem ochronić mogą dokładne wywiady i ścisłe badanie.

Początek bólów w czasie ciąży, zwolnienie ich lub ustąpienie po porodzie, pogarszanie się w czasie regularności każą nie spuszczać z myśli i rozmiękczenia kości. Od cierpień rdzenia i nerwów, z którem osteomalacya w swych początkach dużo ma wspólnych objawów, pozwala odróżnić usadowienie się owych bólów na 1. lub 2. kręgu lędźwiowym, na kości krzyżowej i ogonowej, kościach łonowych i bolesność wzmagająca się znacznie za uciskiem na te miejsca. Wreszcie brak zmian w czuciu, w oddziaływaniu na prąd elektryczny, zmian odżywczych, naczynioruchowych, brak zboczeń funkcyi pęcherza i odbytnicy pozwolą po dokładnem zbadaniu wykluczyć cierpienia nerwów i rdzenia pacierzowego. Wątpliwości w odróżnianiu od innych chorób mogą nasuwać również obrzmienia usadowione w miednicy małej i uciskające lub zajmujące nerwy tej okolicy. Guzy te mogą być bądźto natury nowotworowej, bądź pozapalne w częściach rodnych. Tak osteomalacya jak i wyżej przytoczone przyczyny wywoływać mogą bóle w miednicy małej i niedowład kończyn dolnych.

Rozstrzygać tu będzie przedewszystkiem badanie wewnętrzne części rodnych i miednicy małej i zachowanie się odruchów. W osteomalacyi nawet w początkach odruchy bywają powiększone, gdy tymczasem wobec guzów nowotworowych w dolnej części rdzenia odruchy znikają lub ulegają osłabieniu.

Rozróżnienie osteomalacyi od gośćca przewlekłego stawów jest łatwe; daleko większe napotyka trudności odróżnienie od dny, w czem tylko dłuższa obserwacya uchronić może od błędu.

Łatwo przychodzi wykluczyć zmiany miejscowe w kościach natury zapalnej ostrej lub przewlekłej (gruźlica), kiłowej lub promieniczej (*aktinomycosis*). Nie małe natomiast trudności przedstawiają w odróżnianiu nowotwory pierwotne kości (mięsaki lub nawet następowe zwyrodnienie rakowe, lub wielokrotny rdzeniak, *myeloma multiplex*). O ile pierwotne ognisko rakowe gdziekolwiekbądź w ustroju pozwala i w kościach podobną podejrzywać przyczynę, o tyle pierwotny mięsak niesłychane może przedstawiać z początku trudności.

Dla rdzeniaka zaś podał Kahler objawy charakterystyczne, które nie pozwalają tego cierpienia pomięszać z osteomalacyą. Zniekształcenia ograniczają się do kości tułowia, brakuje kościom giętkości, siła mięśni pozostaje nienaruszona, bóle zaś w kilku miejscach na tej samej kości są nadzwyczaj gwałtowne.

Rokowano do niedawnych czasów zawsze jak najgorzej; choroba sama nie leczona prędzej lub później przyprawiała zawsze o śmierć. Czas trwania choroby obliczano na 2 lata, rzadko na 6—8. (Litzmann).

Obecnie zmieniły się poglądy na to cierpienie; rokowanie też, choć nie we wszystkich przypadkach, uległo zmianie na lepsze.

Leczenie polega przedewszystkiem na usunięciu stósunków niehigienicznych, w których choroba powstała, i na poprawieniu odżywienia chorych. Z leków pierwsze miejsce zajmują fosfor, fosforany, woda wapienna, żelazo, kąpiele

słone, zabiegi operacyjne w formie trzebienia lub podwiązania trąbek, chloral i narkoza chloroformowa. Największy procent wyleczeń przedstawia obecnie trzebienie; dużo też nagromadziło się w tym względzie obserwacyj naukowych (Fehling, Porro, Fruzzi, Meuringer, Thom, Hoffman, Eisenhart, Löhlein, Everke, Bossony Rosen, Velits, Schramm, St. Braun, Harajewicz i Podgórski i t. d.); natomiast Latzko wytrzebił w jednym przypadku zupełnie bezskutecznie. Znaczną poprawę lub wyleczenie po fosforze podają Hartmann, Binz, Maas, Schultze, Busch, Bamberger, w najnowszych czasach Latzko, Sternberg i Podgórski. Sternberg podawał miesiącami fosfor według formułki:

Phosphori 0·05
Ol. jec. aselli 50·00

co dziennie po łyżeczce i w 3 przypadkach zupełne uzyskał wyleczenie.

Fosforany poleca Mayer, fosforan cynku Lepine. Löhlein, Köhrer opisują dobre skutki po kąpielach słonych, do czego też i ja swoje pragnę dołączyć obserwacye.

Nie roszczę sobie bynajmniej pretensyi, bym kwestyę całkowicie wyczerpał i piśmiennictwo właściwe wyzyskał należycie; wiele źródeł wcale nie było mi dostępnych. Obserwacye zaś moje, choć jako kąpielowe pozbawione są ścisłości klinicznej, może jednak choć trochę przyczynią się do zwrócenia baczniejszej uwagi na to cierpienie, które widocznie i w naszych stronach do rzadkości nie należy i nieraz może ze szkodą dla chorego nie bywa rozpoznawane. Nie chcąc nużyć czytelnika przytaczam po krótce tylko historye chorób według porządku, w jakim chore przedstawiły mi się do leczenia.

I. A. P., l. 41 licząca, z Drohobycza, gr. kat., żona szewca. Przebyła kilka porodów, ostatni bliźniaczy przed 3 laty. Od tego czasu osłabienie, bóle w kościach a od kilku miesięcy zupełna niemożność chodzenia.

Przy badaniu znaleziono zgięcie kręgosłupa (*kyphosis c. scoliosi dextroversa*), miednicę ścieśnioną na boki, kości łonowe dzióbowato ku przodowi wystające, kość krzyżową wysuniętą również ku przodowi. Mięśnie kończyn dolnych zanikłe obok ogólnego bardzo złego odżywienia, skurcz wybitny przyciągaczy (*adductores*). Bolesność b. znaczna przy ucisku na wszystkie kości, zwłaszcza miednicy i mostka. Odruchy kolanowe wzmożone. Chora całkiem chodzić nie może. Prócz objawów znacznej niedokrewności zmian chorobowych w innych organach nie znaleziono.

Polecono chorej kąpiele słone średniej mocy (w wannie 6 klg. soli), wewnętrznie wodę wapienną łyżkami w mleku.

Mimo przerw w kąpaniu się, chora bowiem cierpiała na krwotoki maciczne, stan chorej o tyle uległ poprawie po 20 kąpielach, że pozbyła się bólów; pozostało jeszcze osłabienie, pomimo którego chora swobodniejszymi cieszyć się mogła ruchami.

II. F. F., l. 30 licząca, zamężna Izraelitka z Baligrodu.

Przed 10 laty pierwszy poród ciężki, drugi przed 5-ciu laty. Odtąd datuje się cierpienie.

Chora znacznie, jak utrzymuje, zmalała. Miednica ścieśniona do tego stopnia, że obie części zstępujące kości łonowych a wstępujące kulszowych stykają się prawie ze sobą tak, że palec z trudem zaledwie wprowadzić można do pochwy. Bóle bardzo mocne, inne objawy podobne jak w tamtym przypadku; chora zupełnie chodzić nie może. Polecono leczenie jak wyżej, zwiększając jednak moc kąpieli aż do 12 klg. soli na wannę.

Po kilkunastu kąpielach poczęła chora sama chodzić o lasce i w dobrym stanie wróciła do domu.

III. S. B., l. 40, Izraelitka zamężna z Zaleszczyk. Przebyła porodów 7, regularność obfita co 2 tygodnie. Chorą jest od 2 lat od czasu ostatniego porodu.

Obraz cierpienia jak powyżej, leczenie również. Chora po 20 kąpielach opuściła zdrojowisko zupełnie zdrowa.

IV. K. T., l. 40 licząca, rz. kat, zamężna ze Skolego. 6 porodów lekkich; po ostatnim przed dwoma laty początek cierpienia. Zniekształcenie miednicy niebardzo wybitne, natomiast charakterystyczna bolesność kości, odruchy kolanowe znacznie powiększone, niedowład znaczny kończyn dolnych. Chora, podobnie jak dwie pierwsze, chodzić nie może.

Wynik 4-tygodniowej kuracyi zadziwiający. Chora pozbyła się w zupełności bólów, odzyskała władzę w kończynach dolnych, nabrala sił i w stanie zupełnie pomyślnym wróciła do domu.

(Dokończenie nastąpi).

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznej ś. p. prof. Madurowicza.

O powikłaniu ciąży guzami jajnika.

Podał
Dr. Aleksander Rosner,
pierwszy asystent.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 26).

Przypadek VIII-my. *Graviditas trium mensium. Cystis ovarii sinistri. Abortus.*

S. R., l. 37. z Tarnowa, zgłosiła się do kliniki 27. Maja 1892. r.

Wywiady. Miesiączka zawsze prawidłowa. Zamężna od 20 lat. Rodziła 8 razy. Porody i połogi były prawidłowe. Ostatni poród przed 2-ma laty. Ostatnia regularność z końcem Lutego. W brzuchu wyczuwa jakiś guz, który jej sprawia bóle i w ostatnich tygodniach szybko się powiększa. Mocz oddaje prawidłowo, stolec co dzień.

Stan obecny: W sutkach objawy powiększenia się czynności. W jamie brzusznej, której powłoki są bardzo wiotkie, czuć guz wielkości głowy mężczyzny, okrągły, elastyczny, chełbocący, bardzo ruchomy, niebolesny. Tuż nad spojeniem daje się wykazać dno macicy powiększonej. Pochwa pulchna; łatwo wykazać można wszystkie objawy wczesnej 3-miesięcznej ciąży i szypułę guza brzusznego, wychodzącą z lewego rogu macicy. Postanowiono wyczekiwać.

Dnia 2. Czerwca nastąpiło szybko poronienie o przebiegu zwykłym.

Przypadek IX-ty. *Graviditas quatuor mensium. Cystis ovarii dextri. Ovariotomia. Sanatio.*

J. E., l. 39, z Łącka. Przyjęta do kliniki 21. Listopada 1892.

Wywiady: Miesiaczkowała od 14. roku życia prawidłowo. Nie roniła, rodziła 10 razy prawidłowo, ostatni poród przed 1½ rokiem. Regularność ustała przed 4 ma miesiącami. Od 9-u miesięcy czuje guz w jamie brzusznej, który stale się powiększa. Dolegliwości nie doznaje. Stolec co dzień.

Stan obecny: W sutkach klej. W jamie brzusznej czuć dwa obrzęki, z których jeden odpowiada niewątpliwie powiększonej macicy miękkiej, elastycznej, sięgającej dnem na 3 palce ponad spojenie łonowe, drugi zaś guzowi jajnikowemu, który jest wielkości głowy mezkiej, okrągły, gładki, chełbocący, ruchomy, niebolesny i jest połączony wązką szypułą z prawym rogiem macicy. Stan sromu, pochwy i macicy taki, jak zwykle w 4-tym miesiącu ciąży.

Przebieg. Przez dwa tygodnie obserwacya w klinice. Przez ten czas chora doznaje od czasu do czasu bólów w krzyżach tak, że musi leżeć w łóżku i używać makowca. Cała obserwacya przemawia za tem, że chorej grozi poronienie. 6. Grudnia laparotomia, która w zupełności potwierdza rozpoznanie. Owaryotomia odbyła się prędko i bardzo łatwo.

Przebieg pooperacyjny niczem nie zakłucony. Dnia 4. Czerwca 1893. opuszcza klinikę.

Przypadek X-ty *Graviditas X. mensium. Cystis ovarii sinistri. Partus.*

J. Z., l. 36. z Prądnika czerwonego, przyjęta do kliniki 24. Lutego 1893.

Wywiady. Rodziła 7 razy prawidłowo, ostatni raz przed 2-ma laty. Obecnie w ciąży czuje się zdrową.

Stan obecny: Badanie wykazuje wszystkie objawy ciąży 10-miesięcznej u wieloródki z położeniem płodu czaszkowem pierwszem. Obok macicy po stronie lewej jest guz wielkości główki, elastyczny, mało ruchomy, do boku macicy przylegający, niebolesny.

Przebieg. Dnia 10. Marca urodziła zupełnie prawidłowo dziecię płci żeńskiej, donoszone, ważące 3520 grm. W połogu, który przebiegał prawidłowo, tylko raz podwyższenie ciepłoty do 37·9. Badanie po porodzie znacznie łatwiejsze dozwala wykazać, że guz ma wielkość melona, jest ruchomy i połączony szypułą z lewym rogiem macicy.

Chora miała się zgłosić do operacyi.

Przypadki te pokrótce opisane zestawiam w osobnej tabliczce, przez co dziwna rozmaitość przebiegu wystąpi jeszcze jaskrawiej.

zaś 6. objawy duszności i obrzęki były tak nieznaczne, że ani pacyentka sama nie uważała się za chorą, ani jej otoczenie tego nie przypuszczało. U chorej J. M. (przypadek 3-ci) i R. K. (przyp. 2-gi) wykonano owaryotomię, nie rozpoznawszy ciąży, która do końca 3-go, względnie 2-go miesiąca przebiegała prawidłowo. Nie można wprawdzie tego przypadku zaliczyć do tych, w których guz jajnika jest dla ciąży obojętny, tem samem jednak nie da się on wprowadzić do grupy przeciwnej. Grupę tę stanowią trzy przypadki: 7., 8. i 9. W jednym z nich (8.) wystąpiło poronienie w 3-im miesiącu ciąży, najprawdopodobniej wskutek torbiela jajnikowego, w drugim (9.) groziło poronienie, w trzecim (7.) byłoby do niego niewątpliwie przyszło z powodu zapalenia otrzewnej, zostającego w związku z rozwojem, względnie ze skręceniem szypuły guza. Tak więc wykluczając przypadek 2-gi i 3-ci, jako niedające się nigdzie zaliczyć, dzielimy pozostałych 8 przypadków na dwie grupy: 1-szą, w której ciąża przebiegała prawidłowo (5 przypadków) a 2-gą, w której guz stał się lub mógł był stać się niekorzystnym dla ciąży (3 przypadki).

Liczba porządkowa	Nazwisko, imię i wiek	Miesiące ciąży	Rozpoznanie	Dzień zabiegu lub porodu	Rodzaj leczenia	Wynik dla matki	Wynik dla dziecka
1.	B. H., lat 26. z Krakowa	VIII.	Cystoma ovarii sin. incarc. in cavo Douglasii. Partus.	—	Narcosis. Repositio	dobry	dobry
2.	R. K., lat 27. z Makowa	II.	Cystovarium dextrum. Graviditas II.	28. Stycznia 1887.	Ovariotomia	wyleczona	poronienie
3.	J. M., lat 24. z Łańcuta	III.	Cystoma ovarii dextri. Graviditas.	4. Lipca 1888.	Ovariotomia	wyleczona	dobry
4.	Z. A., lat 20. z Polanowic	X.	Cystovarium dextrum in cavo Dougl. incarc. Partus.	3. Stycznia 1890.	Sectio caesarea	umarła	żywe
5.	G. R., lat 23. z Pińczowa	X.	Cystadenoma ovarii sinistri. Partus coccyge praevio.	11. Czerwca 1890.	Extractio manualis foetus et placentae	umarła	nieżywe
6.	H. H., lat 26. z Radłowa	puerpera V dierum.	Cysto-sarcoma ovarii sinistri, torsio, peritonitis in puerpera.	10. Lutego 1891.	Ovariotomia	wyleczona	żywe
7.	H. A., lat 18. z Nowego Sącza	IV.	Cystis derm. ovarii sinistri. Torsio, peritonitis in gravida	22. Maja 1891.	Ovariotomia	wyleczona	urodziła w Listopadzie dziecko żywe siłami natury
8.	S. R., lat 37. z Tarnowa	III.	Cystovarium sinistrum. Graviditas III. m.	—	Nihil	poroniła 2. Czerwca	
9.	J. E., lat 39. z Łącka	IV.	Cystovarium dextrum. Graviditas IV. m.	6. Grudnia 1892.	Ovariotomia	wyleczona	nie poroniła
10.	J. Z., lat 36. z Prądnika Czerwonego	X.	Cystovarium sinistrum. Graviditas X. m.	10. Marca 1893.	Partus viribus naturae	dobry	dobry

Zastanawiając się nad powikłaniem ciąży guzami jajnika i chcąc odpowiedzieć na to praktycznie bezwątpienia najważniejsze pytanie, jak w obec tego powikłania należy postępować, trzeba sobie przedewszystkiem zdać sprawę z tego, jak przebiega ciąża, poród i połóg obok guzów i jak się zachowują guzy jajnikowe u ciężarnych.

Przedewszystkiem ciąża może przebiegać najzupełniej prawidłowo. W naszym przypadku 1., 3., 4. i 10. ciężarna wcale nie wiedziała o istnieniu guza brzusznego, w przypadku

Według zestawienia Jettera[1]), opartego na 215 przypadkach ciąży powikłanej guzami jajnika, przerwała się ciąża w 16·5% przypadków; z tych 21 razy było poronienie, 15 razy poród przedwczesny. Rémy[2]) zestawiając 321 przychodzi do wyników gorszych, gdyż ciąża została przerwana

[1]) Jetter: Ueber den Einfluss der Eierstocksgeschwülste etc. Diss. inaug. Tübingen 1861.

[2]) S. Rémy. La grossesse compliquée de kyste ovarique. Thèse d'agregation. Ref. w Annales de gynécol. XXVI p. 205.

w 25% przypadków. Że śmiertelność po tego rodzaju przerwaniu ciąży musi być większa, niż w zwykłych przypadkach, na to zwracają uwagę Olshausen[1]) i Engström[2]). Cyfry te Jettera i Rémyego, chociaż nieraz cytowane były na dowód niebezpieczeństwa tego powikłania i służyły do obrony najradykalniejszego leczenia w ciąży, wydają mi się przecież raczej uderzająco małe i dowodzą rzeczy, zkądinąd powszechnie znanej, t. j. dziwnej wytrzymałości macicy ciężarnej. Jeżeli uwzględnimy nadto okoliczność, którą w ocenieniu wysokości cyfr Jettera i Rémyego koniecznie uwzględnić się musi, t. j. że poronienie i bez tego rodzaju powikłania jest częste (według Hegara i Schrödera[3]) więcej, niż 10%) i że przyczyna jego wcale nie rzadko nie da się wykazać a przyjąwszy to za pewnik, odpowiednio cyfry te statystyczne zmniejszymy, to musimy przyjść do przekonania, że ciąża powikłana guzami jajnika stosunkowo bardzo często dochodzi do kresu. Tej wytrzymałości macicy dowodzi między innymi i jeden z naszych przypadków (7.), w którym mimo przeszło dwa tygodnie trwającego zapalenia otrzewnej i mimo laparotomii podczas tego zapalenia nie przyszło do poronienia, a w wyższym jeszcze stopniu dowodzi tego przypadek Ohagego[4]), w którym operator obchodził się z macicą ciężarną podczas owaryotomii wcale niedelikatnie a mimo to nie wpłynęło to niekorzystnie na przebieg ciąży. Zresztą ta wytrzymałość jest okolicznością nie potrzebującą dowodów.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Medycyna sądowa.

Motet: Zatrucie tlenkiem węgla. Autoobserwacya.

Nader zajmująco opisuje M. smutny przypadek, jakiemu uległ, objeżdżając swych chorych w zamkniętym, ogrzanym za pomocą małego piecyka na węgle powozie. Zakończywszy jednę z wizyt lekarskich wsiadł M. do oczekującego go powozu, którego drzwi i okna były przez czas czekania zamknięte. W powozie nie zdradziła obecności tlenku węgla żadna woń; nagle poczuł M. jakby dwa gwałtowne uderzenia w uszy i mocne w nich dzwonienie. Głowa jego została gwałtownie rzuconą o przeciwległą ścianę powozu, którego okno w tej chwili uchylił. Co się potem z nim działo, nie pamięta i nie wie, jak dostał się na plac Giełdy i miejsce, do którego zdążał. Otworzywszy drzwi powozu, chciał zejść, lecz zawrót głowy, nudności i niemoc w nogach udaremniły wszelki wysiłek. Przy pomocy woźnicy opuścił wreszcie powóz, jednak zawrót głowy i kołowanie całego otoczenia nie dozwalały mu stać bez pomocy. Wobec tego stanu powrócił M. do swego mieszkania. Teraz wystąpiły gwałtowne wymioty, tem przykrzejsze, iż żołądek M. był próżnym; zimny pot okrył mu twarz, czuł się bliskim omdlenia. Leżąc w łóżku nie mógł się podnieść; wówczas bowiem doznawał zaraz bardzo przykrego zawrotu głowy. Po ustaniu wymiotów, czuł się autor mocno znużonym, jednak ból głowy lub śpiączka nie wystąpiły w ciągu choroby ani na chwilę. Przez pierwsze dwa dni oddawał znaczne ilości moczu czystego, jak woda (*polyuria*), trzeciego dnia był już mocz prawidłowym. W nocy tegoż samego dnia dźwięczenie w uszach płoszyło z początku sen z powiek, potem jednak popadł M. w stan pośredni między snem a czuwaniem; myśli różne wirowały w umyśle, szczególnie nie wykonany w ciągu dnia zamiar napisania listu, to też chwilami widział się M. siedzącym przy stole i piszącym ów list. Jakiś chaos utrudniał zebranie myśli za każdem a częstem budzeniem się; połowicza świadomość gnębiła umysł nieokreślonym lękiem. Nad ranem pierwszej nocy po przypadku usnął na dwie godziny a kiedy się przebudził, stan jego polepszył się dość znacznie tak, iż wieczorem dnia drugiego doznał zaledwie kilkakrotnie zawrotu głowy i złudzeń wzrokowych. I tak np. zdawało się autorowi, iż mały żyrandol, wiszący w pokoju, podobnie i dwa obrazy zawieszone na bocznej ścianie, rytmicznie podnoszą się i zniżają; badając swe tętno przekonał się, że rytmiczne ruchy żyrandola i obrazów występowały równocześnie z uderzeniem tętna. Trzeciego dnia usiłował autor wstać i przejść się po pokoju, ruchy jednak nóg były niezborne i ponowił się zawrót głowy. W ciągu tegoż dnia prócz astazyi i abazyi (niemożności stania i chodzenia) nie było żadnych objawów, apetyt wrócił po 48-godzinnem wyposzczeniu się a po środku przeczyszczającym ustały zawroty głowy; przykrą była jednak niemożność chodzenia i niezborność ruchów przy próbach chodzenia, podobna do tej, jaką się widzi u dziecka, stawiającego pierwsze kroki. Piętnastego dnia po przypadku z trudnością i chwiejnym krokiem mógł autor chodzić po schodach a po upływie sześciu miesięcy chód jego nie odzyskał jeszcze swej dawnej pewności.

Jedynym środkiem leczniczym, którego autor używał, było wziewanie tlenu.

Zajmującą autoobserwacyę kończy M. słowami, iż ogrzewanie powozów piecykami jest niebezpieczne i naraża ludzi na nagłe a groźne niebezpieczeństwo zaczadzenia; dlatego też winny go władze wzbronić surowo. (*Annal. d'hyg. publ. et de médecine légale.* Marzec 1894). *Wachholz.*

Reichel: Przypadek ostrego otrucia fosforem. Wybroczyny w nerwach błędnych, uciśnięcie przewodu piersiowego, brak żółtaczki, cukromocz.

Przy sekcyi 24-letniej aktorki, zmarłej wskutek otrucia fosforem, znaleziono rozległe podbiegnięcia krwawe luźnej tkanki około naczyń na szyi, obejmujące także pochewkę i miąższ obu nerwów błędnych. Te podbiegnięcia sięgały od podstawy czaszki wzdłuż stosu kręgowego ku wnęce płuc. W tkance tylnego śródpiersia i pod opłucnemi znaleziono również krwawe wybroczyny. Wątroba przedstawiała na przekroju rysunek zatarty, miąższ wypukłał się, miał mało krwi, był żółto zabarwiony, miejscami jednak znaleziono żółto-czerwone ogniska. Przewód piersiowy (*ductus thoracicus*) w okolicy piersiowej krwią podbiegły w długości kilku centymetrów i w miejscu tem zwężony; część jego poniżej zwężenia rozszerzona, zawierała płyn krwawo zabarwiony.

Nigdzie nie dostrzeżono śladu żółtaczki, której brak tłómaczy R. tem, iż w tym przypadku treść jelit zawierała dostateczną ilość żółci; wreszcie tłómaczy autor ów brak żółtaczki, opierając się na doświadczeniach Fleischla, także i zmianą w przewodzie piersiowym, który stanowi jedyną drogę dostawania się żółci do obiegu krwi.

Natomiast odrzuca R. przypuszczenie Bollingera, wedle którego brak żółtaczki może się wydarzać w przypadkach szybkiego i ostrego zwyrodnienia wątroby, znoszącego doraźnie wytwarzanie się żółci. (*Wiener klin. Wochenschft* Nr. 9. 1894). *Wachholz.*

Patologia.

Niedźwiecki (w Moskwie): Ciśnienie krwi w układzie żyły wrotnej *(vena portae)* wobec różnych wpływów mechanicznych i nerwowych.

W nader szczegółowej tej pracy badał N. zachowanie się ciśnienia w żyle wrotnej pod wpływem różnych czynników czysto mechanicznych, jak otwierania klatki piersiowej, zahamowania czynności serca, ucisku żyły głównej, zwężenia aorty i we wszystkich tych okolicznościach znalazł zmiany w ciśnieniu, zależne od zmian występujących w ciśnieniu żyły

---

[1]) Olshausen: Krankheiten der Eierstöcke 1886.
[2]) Engström: De l'ovariotomie pendant la grossesse. Annales de gynécologie 1890. Oct. p. 241.
[3]) Schröder: Lehrbuch der Geburtshülfe 1888. pag. 460.
[4]) Ohage: Centrbl. für Gynaekol. 1891. Nr. 22.

głównej dolnej, do której pośrednio wlewa się krew z żyły wrotnej. Zaciskanie tętnicy wątrobowej obniża ciśnienie krwi w żyle wrotnej, co zgadza się z twierdzeniem Gada, że krążenie krwi w tętnicy wątrobowej upośledza krążenie w układzie żyły wrotnej. Po zaciśnięciu aorty a następnie i żyły wrotnej (koło samej wątroby) ciśnienie w żyle podnosiło się szybko, co zdaniem autora dowodzić ma, że krążenie w układzie tej żyły nie ustaje po zaciśnieniu tętnicy głównej. Szkoda tylko, że autor nie podaje czasu, który upływał od chwili zaciskania jednego naczynia do drugiego oraz czasu, przez jaki trwało to zaciskanie.

Druga kategorya doświadczeń, w których N. badał ciśnienie w żyle wrotnej pod wpływem zadraźnienia różnych nerwów, wykazała, że na ciśnienie to znaczny wpływ wywiera śledziona, która kurcząc się podczas drażnienia niektórych nerwów wpycha więcej krwi do żyły wrotnej, dalej zmiany w ciśnieniu tętniczem wywołane przez drażnienie pewnych nerwów, w końcu kurczenie się jelit.

Z środków farmakologicznych azotyn amylowy obniża ciśnienie po chwilowem podwyższeniu, chloral, chinina, pilokarpina, strychnina, sporysz go powiększają. W bliższe szczegóły przyczyn tych zmian w ciśnieniu nie dozwalają wchodzić ramy tego wyciągu.

Opisu sposobu, w jaki autor ciśnienie żylne oznaczał, czy graficznie, czy przez bezpośrednią obserwacyę, jakim manometrem się posługiwał, nie znajdujemy w artykule powyższym, który jest streszczeniem dysertacyi inauguralnej. (*Centralbl. f. allg. Pathologie u. pathologische Anatomie*. Tom V. Nr. 12. z 15. Czerwca 1894). *Beck.*

Zapiski terapeutyczne.

— Döderlein: Leczenie eklampsyi (z kliniki położniczej w Lipsku). Mimo wielorakich usiłowań etyologia eklampsyi jest jeszcze ciemna a próby uznania eklampsyi za chorobę zakaźną upadły, bo polegały na prostych błędach w obserwacyi.

Löhlein zebrał materyał ze wszystkich klinik położniczych niemieckich i przekonał się, że na 52328 porodów było 325 powikłanych z eklampsyą. Z tych 325 kobiet umarło z eklampsyi 63 czyli 19.38%, 14 z innych komplikacyj, z 343 dzieci zaś przez nie urodzonych przyszło tylko 218 czyli 63.5% żywo na świat. Można przeto śmiało powiedzieć, że eklampsya jest bardzo groźną chorobą.

Wobec braku podstaw do leczenia przyczynowego trzymano się w terapii eklampsyi dotychczas stanowiska albo lekarsko-symptomatycznego albo położniczego.

Z mnóstwa środków, nieraz entuzyastycznie zalecanych pokazały się jedne jako całkiem nieskuteczne, inne nawet jako wprost szkodliwe; tylko jeden środek cieszy się uznaniem akuszerów a jest nim wprowadzona do terapii eklampsyi przez G. Veita morfina, używana mianowicie w połączeniu z wziewaniami chloroformu i lawatywami z chloralu.

Löhlein wykazał, że śmiertelność w 86 przypadkach eklampsyi leczonych morfiną według Veita wynosiła tylko 13.9% w obec ogólnej, jak nadmieniono już, śmiertelności 19.38%, uważa jednak sam, że za mała to liczba przypadków do wydania stanowczego sądu.

Bardzo ważnem jest pytanie, co ma robić akuszer, gdy eklampsya wystąpi u rodzących. Czy ma spuścić się na morfinę, chloroform i chloral a poród zostawić samejże naturze, czy też ma w celu leczenia eklampsyi poród przyspieszyć? Jeżeli na pierwsze pytanie odpowie twierdząco, musi nieraz 24 i 48 godzin trzymać rodzącą w ciągłej narkozie, co oczywiście jest zadaniem bardzo trudnem i pełnem odpowiedzialności.

Pod względem położniczym trzymano się w leczeniu eklampsyi przeważnie postępowania wyczekującego.

Jeżeli były warunki do ekstrakcyi, to oczywiście nie wahano się ukończyć porodu; przestrzegano jednak stanowczo przed każdem usiłowaniem gwałtownem ukończenia porodu, ponieważ uraz taki miał drażnić nerwy i przezto wywoływać napady eklamptyczne. Dlatego najczęściej w eklampsyi przed porodem i podczas porodu trzymano się leczenia przypadowego, wewnętrznego, aż nadszedł czas rozwiązania sztucznego lub nastąpił poród naturalny.

Dopiero Dührssen wykazał w r. 1892 na podstawie wielkiego, krytycznie opracowanego materyału, że operacya, nawet w razie potrzeby bardzo gwałtowne rozwiązanie rodzącej, byleby odbyło się w głębokiem uśpieniu chloroformowem, nie tylko nie wywiera szkodliwego wpływu na eklampsyę, ale że bardzo prawdopodobnie wczesne ukończenie porodu usuwa eklampsyę.

Daty statystyczne Brummerstädta i Schauty, według których z ukończeniem porodu ustaje eklampsya tylko w 29 do 33% przypadków, nie mają zdaniem Dührssena teraz znaczenia dlatego, ponieważ w bardzo wielu tych przypadkach rozwiązywano rodzące bez narkozy chloroformowej, co oczywiście potężnie drażniło układ nerwowy.

Jakoż Dührssen widział na 80 rodzących z eklampsyą, rozwiązanych sztucznie w narkozie, ustanie napadów eklamptycznych u 75 czyli u 93·75%, co uprawnia do orzeczenia, że eklampsya jest energiczną skazówką do sztucznego rozwiązania rodzącej.

Zastosowanie tego jednak w praktyce napotyka na wielkie trudności.

Jeżeli rodząca dostaje napadu eklamptycznego już w okresie rozwierania się dróg porodowych, gdy część pochwowa zanikła a ujście otwarte na kilka centymetrów, zadanie jest łatwe, gdyż przez nacięcia rozwiera się jeszcze bardziej drogi porodowe i przystępuje do użycia kleszczy lub innej operacyi celem rozwiązania.

Jeżeli jednak podczas pojawienia się eklampsyi albo bólów porodowych całkiem nie ma albo dopiero się rozpoczęły, to i wtedy Dührssen nie odstępuje od swego zdania, by rodzącą rozwiązać jak najrychlej, i radzi, gdyby nacięcia były zbyt wielkim urazem, rozszerzyć szyjkę macicy zapomocą kolpeuryzy przez wprowadzenie do niej kolpeuryntera napełnionego za użyciem irygatora ½ litra wody i przeprowadzonego przez ujście maciczne.

König podaje, że w klinice lipskiej postąpiono sobie według rady Dührssena i na 18 rodzących, nawiedzonych eklampsyą a rozwiązanych gwałtownie (*accouchement forcé*) przez nacięcie, stracono tylko jedną i to nie na eklampsyą, ale na ostre zakażenie gnilne. Wobec tego, że Löhlein z tejże samej kliniki podaje, że na 19 przypadków leczonych morfiną stracono 4, dwa z eklampsyi a dwa z powikłań, nie ma wątpliwości mimo niewielkich liczb, że rada Dührssena stanowi rzeczywisty postęp w leczeniu eklampsyi.

Łatwo jednak pojąć, że podobne postępowanie terapeutyczne, już w klinikach bardzo trudne, jest jeszcze trudniejsze w praktyce prywatnej i dlatego znaleźli się tacy, którzy w przypadkach tego rodzaju wolą uciec się nawet do cięcia cesarskiego.

Ze zestawienia publikacyj w tej mierze (między niemi jednej Dra Święcickiego w Poznaniu) pokazuje się, że z przyczyny eklampsyi wykonano dotychczas 19 razy cięcie cesarskie, z czego 11 kobiet wyzdrowiało a 8 umarło. Przyczynami śmierci było: raz zapalenie gnilne otrzewny (w przypadku Halbertsmy w 1878.), raz krwotok do mózgu, raz gruźlica prosowata, raz ropnica, cztery razy obrzęk płuc (do nich należy przypadek Święcickiego), zatem tylko trzy przypadki śmierci, w których cięcie cesarskie nie mogło ochronić od niepomyślnego zakończenia sprawy lub może nawet przyczyniło się do niego. W jedynym tylko przypadku nie widać było wpływu cięcia cesarskiego na napady eklamptyczne.

Zresztą we wszystkich innych eklampsya ustała po cięciu cesarskiem albo odrazu, albo powoli w postaci napadów coraz słabszych.

Nie ma przeto wątpliwości, że i cięcie cesarskie wpływa pomyślnie na eklampsyę, czyli że leczenie tej choroby w przyszłości powinno polegać więcej, niż dotychczas, na rzeczywistem działaniu położniczem. (*Münchener med. Wochenschrift*. 26. Czerwca 1894).

— A. Le Gendre. Leczenie błonicy za pomocą pomazywania zgęszczonymi rozczynami glicerynowymi sublimatu. Wiadomo, że działanie żrące wielu substancyj łagodzi się znacznie, jeżeli ich używa się rozpuszczonych w glicerynie. Tak np. można do przewodu słuchowego zewnętrznego zapuszczać śmiało rozczyn 10 i 20% kwasu karbolowego w glicerynie. Toż samo tyczy się sublimatu, którego używał z bardzo dobrym skutkiem Goubeau w leczeniu błonicy gardła w rozczynie glicerynowym, zawierającym $^{1}/_{30}$ lub nawet $^{1}/_{20}$ sublimatu, gdy dawniej posługiwał się rozczynem wodnym, zawierającym od 0·5 do 1‰ tego ciała.

Le Gendre tak opisuje sposób używania glicerynowego rozczynu sublimatu w leczeniu błonicy gardła: Naprzód tamponem z waty wsysającej wodę (*hydrophile*) usuwa się wszystkie błony wrzekome, trzymające się słabo a zostawia na miejscu te, które trzymają się mocno, a to dla tego, by przez użycie zbytniej siły nie obrazić błony śluzowej; następnie przepłukuje się gruntownie zapomocą irygatora jamy nosową i ustną kilkoma litrami kwasu karbolowego 0·25%. Teraz dopiero przystępuje się do pomazania tamponem z waty, zanurzonym w rozczynie glicerynowym, zawierającym sublimatu $^{1}/_{30}$ na początku a $^{1}/_{20}$ na drugi lub trzeci dzień choroby. Tampon wyciska się z nadmiaru płynu, zakłada obniżacz języka (*abaisse-langue*) i pomazuje części zajęte i sąsiednie, poczem wśród ciągłego trzymania w jamie ustnej owego obniżacza języka usuwa się nadmiar sublimatu tamponem suchym.

Te pomazywania zresztą mało co bolesne robi się dziennie po dwa razy w przypadkach lekkich a po trzy razy w przypadkach ciężkich.

Na 42 przypadków błonicy, w których użyto tego sposobu leczniczego, było 19 lekkich, 5 ciężkich a 18 z objawami ogólnego zakażenia.

Z 19 lekkich jeden tylko zakończył się śmiercią przez zajęcie przez błonicę krtani; prawie zaś wszystkie inne nie okazywały żadnych złogów już po 2-ch do 4 dniach.

Z 5 chorych na ciężką błonicę umarło dwóch z dławca a jeden na zapalenie oskrzeli i płuc.

Z 18 przypadków z objawami ogólnego zatrucia połowa skończyła się śmiercią.

W ogólności znosili dobrze chorzy leczenie, o którem mowa; w dwóch tylko przypadkach wystąpiły lekkie objawy zatrucia rtęcią w postaci rozwolnienia i wymiotów, jednakowoż bez żadnego śladu zapalenia dziąseł.

Zdaniem Moizarda pomazywania zgęszczonym rozczynem sublimatu nie nadają się u dzieci ani bardzo małych, które mogą łatwo dostać ogólnych objawów zatrucia rtęcią już po małych dawkach tego środka, ani niepojętnych, któreby mogły połknąć tampon napojony mocnym rozczynem sublimatu. Zresztą można używać leczenia, o którem mowa, u wszystkich chorych na błonicę gardła, stósując zgęszczenie rozczynu do ich wieku. (*La semaine médicale*. 27. Czerwca 1894).

— K. Büdinger: O porażeniach po chloroformowaniu. Jakkolwiek porażenia jednej lub obydwóch kończyn górnych po chloroformowaniu z powodu operacyj nie liczą się do rzadkości, dopiero autor zajął się niemi ściślej na podstawie obserwacyi 9 przypadków.

Porażenia, o których mowa, są zdaniem autora dwojakie: obwodowe, najczęstsze i ośrodkowe, bardzo rzadkie.

Porażenia obwodowe pojawiają się u osób, u których jedno lub obydwa ramiona utrzymywano w podniesieniu ponad głowę podczas długich operacyj. Można się przekonać przez doświadczenia na zwłokach, że przez podniesienie ramienia w położenie wyższe od poziomego powstaje ucisk na splot ramienny, osobliwie na górne jego gałęzie. Sprzyja temu brak podściółki tłuszczowej. Dlatego też wszystkie przypadki postrzegane przez Büdingera tyczą się osób wychudłych i osłabionych. Ważną także rolę odgrywa położenie głowy ku tyłowi i ku stronie przeciwnej podniesieniu ramienia, jak łatwo pojąć, przez napięcie gałęzi splotu ramiennego.

Oczywistą jest rzeczą, że z tych stósunków anatomicznych wypadają pewne prawidła dla chloroformowania, by zapobiegać skutecznie owym porażeniom; pamiętać wszakże należy, że sam ucisk nie wystarcza do wywołania porażenia, że trzeba przypuścić jeszcze również naciągnienie a nawet częściowe przerwanie pewnych włókien nerwowych, czegoby dowodziły pewne przypady ze strony źrenicy a przez to i nerwu współczulnego, który przecież nie może uledz uciskowi przez obojczyk.

W przypadkach świeżych zboczenia ruchowe, jakkolwiek tyczą się całego ramienia, nie występują jednak zarówno we wszystkich, lecz przeważnie w pewnych tylko mięśniach, jak trójkątnym (*deltoideus*), dwugłowym, przednim ramiennym i długim odwracającym czyli ramienio-sprychowym (*supinator longus*). Mięśnie przedramienia i ręki zazwyczaj mało są dotknięte. Objawy porażenia mogą trwać bardzo długo; jakoż utrzymywały się w jednym przypadku 18, w drugim nawet 30 miesięcy. Poprawa rozpoczyna się zazwyczaj od obwodu t. j. od palców. Czucie wraca rychlej niż władza.

Porażenia ośrodkowe są bardzo rzadkie, jakeśmy już nadmienili. W jednym z nich znaleziono ognisko rozmiękłe w mózgu.

Rozróżnienie porażeń obwodowych od ośrodkowych czyli mózgowych opiera się oczywiście na ogólnych zasadach dyagnostyki chorób układu nerwowego. Zwężenie szpary powiekowej i źrenicy tudzież cofnięcie się gałki ocznej w tył są przypadami nadwerężenia nerwu współczulnego. (*Archiv für klin. Chirurgie* Tom XLVII. Zeszyt 1).

— L. Jullien: O wczesnem i energicznem leczeniu kiły rtęcią (ze szpitala św. Łazarza w Paryżu). Autor sądzi, że niesłusznie całkiem używa się za mało wczesnego i energicznego leczenia kiły rtęcią, skoro tylko rozpozna się wrzód twardy, i zaleca w tym celu gorąco wstrzykiwania podskórne kalomelu (gram w 10-ciu gramach wazeliny płynnej na 10 wstrzykiwań). Wstrzykiwania te robi się z najściślejszem zachowaniem antyseptyki, jak tylko można najgłębiej, między mięśnie pośladkowe w odległości 4 do 5 cm. od kości krzyżowej i powtarza się je co 15 dni. Leczenie to, zastósowane od ukazania się wrzodu twardego, przeszkadza jego rozwojowi, przyspiesza jego zabliźnienie się i opaźnia, tudzież łagodzi pojawienie się przypadków drugorzędnych, które zamiast zwykłych sześciu tygodni pokazują się dopiero po dwóch, trzech i czterech miesiącach i są o wiele mniejsze, niż bez tego leczenia. Jeżeli leczenie rozpoczyna się dopiero po dwóch lub trzech tygodniach od ukazania się wrzodu twardego, nie widać owej korzystnej zmiany w przebiegu choroby. Co się tyczy póżnych objawów kiły, to według 4-letniego doświadczenia autora mają być chorzy od nich zupełnie zabezpieczeni.

Leczenie trwać winno koniecznie od 5 do 6 miesięcy; dawkę stósować należy do odporności i sił a prawdopodobnie i ciężaru chorego a wstrzykiwać później tylko co 20 do 25 dni. Z tych doświadczeń wnosi Jullien, że jest błędem czekać z leczeniem na zakażenie całego ustroju, i oświadcza, że jest zwolennikiem leczenia poronnego kiły.

W dyskusyi, która rozwinęła się nad tym odczytem w paryskiem Towarzystwie terapeutycznem, powiedział C. Paul, że działanie rtęci w kile jest bardzo zawikłane i dotychczas jeszcze nader mało znane. Jest zdania, że nie ma korzyści z nasycania ustroju rtęcią: jeżeli bowiem zada się jej mało, przypady widocznie łagodnieją, jeżeli zaś zada za dużo, bywa przeciwnie. W szczególności u kobiet małe bardzo ilości rtęci wystarczają do usunienia przypadów kiły. Nasycenie organizmu z góry jest przyczyną charłactwa i osłabia ciało względem jadu. Zresztą kiła zachowuje się inaczej u mężczyzn, jak u kobiet a Jullien opiera swe twierdzenia na spostrzeżeniach w szpitalu dla kobiet. U kobiet n. p. stwardnienie rozwija się daleko później, niż u mężczyzn i dlatego roz-

poznanie dłużej nie jest pewnem a i to jeszcze zależy od siedziby wrzodu pierwotnego. Tak n. p. na tylnem spojeniu warg sromnych większych nie przychodzi nawet wcale do stwardnienia. Zresztą jeden przypadek przez autora przytoczony, w którym były aż 4 wrzody małe, pozwala wątpić, czy to była kiła. W ogóle ciężkość przypadów późnych kiły zależy od bardzo wielu okoliczności.

R. Blondel jest bardzo zadowolniony z działania kalomelu w formie wstrzykiwań podskórnych; używa wszakże gliceryny zamiast wazeliny i dodaje nieco kokainy w celu zmniejszenia bólu po wstrzyknieniu. (*Les nouveaux Remèdes.* 24. Czerwca 1894).

— Fraser w Edymburgu zaleca na podstawie własnych a licznych doświadczeń dwuchroman potasowy (*kali bichromicum*) w niestrawności (*dyspepsia*) i wrzodzie okrągłym żołądka. Zadawał go najczęściej w formie pigułek lub roztworu, zazwyczaj na czczo, trzy razy dziennie po 5 miligramów, wyjątkowo po centygramie. Pomyślne działanie lecznicze tego środka tłómaczy sobie autor z działania przeciwgnilnego a zarazem i znieczulającego błonę śluzową.

— Wiadomo, iż gwajakol użyty zewnętrznie obniża gorączkę (por. *Przegląd lekarski* nr. 16. z r. b.). Guinard i Galey robili w tej mierze doświadczenia z 18 alkaloidami używanymi zewnętrznie na powierzchnię wewnętrzną ud w postaci maści lub roztworów i przekonali się, że kokaina, sparteina, solanina i helleboryna obniżają temperaturę po zastósowaniu ich zewnętrznem. Ponieważ w tych doświadczeniach nie znaleziono w moczu ani śladu owych alkaloidów, sądzą autorowie, że nie ma tu wessania, lecz że działanie przerzeczone polega na wpływie na nerwy obwodowe.

— Otrucie gwajakolem. O. Wyss opisuje przypadek ciężkiego zatrucia gwajakolem u dziewczynki 9-letniej, u której przez nieuwagę użyto zewnętrznie około 5 cm. sz. gwajakolu. W 15 minut potem popadła owa dziewczynka w stan wielkiej apatyi. Przywołany natychmiast lekarz znalazł obrzmienie całej twarzy, mającej barwę czerwono-sinawą, nastrzykanie spojówek, zniesienie prawie zupełne odruchu rogówkowego, brak oddziaływania źrenic, skłonność do wymiotów, która jednak doprowadziła do wyrzucenia tylko małej ilości śluzu. Tętno regularne, 134. Czucie skórne znacznie upośledzone. Nie wiedząc, co się stało, sądził ów lekarz, że to padaczka i zalecił zimne okłady na głowę. Po trzech kwadransach minęła owa apatya i nastąpiły kilka razy wymioty, których woń właściwa naprowadziła lekarza na myśl, że rozchodzi się tu o zatrucie gwajakolem. Przystąpiono przeto do dokładnego przepłukania żołądka. To jednak nie pomogło. Pojawiły się plamy sine na kończynach i śpiączka, powiększyły się wątroba i śledziona, wystąpiły białkomocz i żółtaczka, w końcu śmierć 3-go dnia.

Sekcya wykazała: zapalenie powierzchowne języka, zapalenie gardła, ostry nieżyt mieszkowy (*follicularis*) żołądka z małemi nadżerkami, nieżyt jelit cienkich, znaczne obrzmienie śledziony, początek zwyrodnienia miąższowego wątroby, ostre zapalenie krwotoczne nerek, rozszerzenie serca ze zwyrodnieniem miąższowem mięśnia jego. Wynaczynionki na błonach surowiczych. W moczu prócz składników, właściwych wymienionemu zapaleniu nerek, osad dający odczyn fenolu.

Ten przypadek jest skazówką, jak trzeba być ostrożnym ze wstrzykiwaniami mięszaniny (150 części) gwajakolu i (20 części) jodoformu do jam gruźliczych, zalecanemi przez Mosetiga Moorhofa. Mięszanina ta, niewątpliwie na gruźlicę bardzo skuteczna, jest nader niebezpieczna; po gramie już wystąpić mogą nadzwyczaj groźne przypady, jak to widziano, a po użyciu kilku strzykawek Pravazowskich, nastąpić może śmierć w krótkim czasie wśród śpiączki i objawów porażenia serca. (*La médecine moderne.* 27. Czerwca 1894).

— Pawiński w Warszawie zaleca do zadawania dyuretyny przepis:

79)	Rp.	*Diuretini*	*4·00—6·00*
		Aquae menthae pip.	*100·00*
		Aquae destil.	*90.00*
		Syrupi simplicis	*10·00*

MDS. Co 2 (lub 3) godziny zażywać po dwie łyżki stołowe.

— W czerwonce (*dysenteria*) zaleca Lieberson po zadaniu oleju rącznikowego lawatywy:

80)	Rp.	*Acidi borici*	*16·00*
		Acidi tannici	*3·00*
		Ttrae opii	*guttas 15*
		Aquae destil.	*400·00*

— W ostrym gośćcu stawowym (*rheumatismus articulorum acutus*) zaleca się pomazywanie stawów bolesnych płynem:

81)	Rp.	*Saloli*	
		Aetheris sulfurici	*aa 4·00*
		Collodii	*30·00*
		M. D. in vitro bene clauso	
		S. Zewnętrznie.	

(*Le Formulaire.* Czerwiec 1894).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

VI. Posiedzenie z dnia 18. Maja 1894 r.

Przewodniczący kol. Stroynowski. — Obecnych członków 29.

1) Kol. Schmidt okazuje tablice przedstawiające przypadki daltonizmu i roztrząsa sposoby badania daltonizmu. Za najlepszy sposób uważa badanie ołówkami kolorowymi.

2) Kol. Barącz ma rzecz o laparotomii w gruźlicy otrzewny i przedstawia odnośny przypadek. Według Königa w 25% przypadków gruźliczego zapalenia otrzewny, bez względu na postać chorobową, następuje trwałe wyleczenie po laparotomii. W ostatnich czasach starał się Lauenstein tłómaczyć korzystne działanie laparotomii w gruźliczem zapaleniu otrzewny w ten sposób, że prątki gruźlicze giną w skutek działania światła i osuszenia. W tym celu poleca po dokładnem osuszeniu jamy otrzewnowej wystawić otrzewnę ścienną i trzewową na kilkominutowe działanie promieni słonecznych. Przypadek przedstawiony przez kol. B. tyczy się 3-letniej dziewczynki, operowanej przed 2 tygodniami a nawiedzonej gruźlicą prosowatą tak otrzewny ściennej jak trzewowej. Po wypuszczeniu 2 litrów płynu i osuszeniu jamy brzusznej wystawił kol. B. według propozycyi Lauensteina pętle jelit na 8-minutowe działanie promieni słońca. Wynik na razie jest idealny, gdyż nie można wykazać nawet śladu płynu w jamie brzusznej a wejrzenie chorej poprawiło się znacznie. Kol. B. zachęca do dalszych prób z metodą Lauensteina, którego wywody wydają mu się racyonalnemi. (Referat własny).

Dyskusya: Kol. Ziembicki wykonał około 20 laparotomij z powodu gruźliczego zapalenia otrzewny i miał zawsze najlepsze wyniki. Że jednakże nie koniecznem jest osuszanie jamy otrzewnowej i działanie światła i że tem samem niesłuszną jest teorya wypowiedziana przez kol. Barącza, dowodzi to, że kol. Z. w swoich przypadkach przemywał jamę otrzewnową wodą ciepłą przegotowaną albo wodą borową.

Kol. Skałkowski opisuje przypadek, w którym po otwarciu jamy brzusznej znalazł otrzewnę zasianą mnóstwem drobnych guzków i zrosty znaczne. Płynu żadnego nie wypuszczono. Po zagojeniu się rany operacyjnej chora wyzdrowiała. Mader przypisuje korzystny wpływ laparotomii w gruźlicy otrzewny uciskowi, który stósuje się po wypuszczeniu płynu.

Kol. Schramm: Według najnowszej teoryi wpływ leczniczy laparotomii na gruźlicę otrzewny należałoby przypisać mocnemu zadraźnieniu i czynnemu przekrwieniu otrzewny. Wywołuje ono zrosty otrzewnowe, wśród których mają ginąć gruzełki wraz z zawartymi w nich prątkami. Przemawiałby za tą teoryą także mój ostatni przypadek: U dziewczynki 11-letniej z rozpoznaniem gruźlicy otrzewny i ze znacz-

nym wysiękiem płynnym zrobiono nakłucie bez stałego skutku. Następna laparotomia wykazała, że cała otrzewna tak ścienna jak trzewowa była zasiana drobnymi gruzełkami. Jamę otrzewnową, o ile się dało, wysuszono kompresami z gazy sterylizowanej. Przebieg pomyślny. Po 6 tygodniach w brzuchu mała ilość płynu; mocne bóle w brzuchu zwłaszcza przed stolcem wskazują na wytworzenie się rozległych zrostów. Przypady te ustąpiły powoli i dziś w 8 miesięcy po operacyi dziecko jest zupełnie zdrowe. Należy też mieć na uwadze, że są przypadki makroskopowo podobne do gruźlicy otrzewny a przecież nie są gruźlicą. Być więc może, że wielka część pomyślnych wyników odnosi się właśnie do takich przypadków. Przypuszczenie to usprawiedliwione jest zwłaszcza tam, gdzie nie było badania drobnowidowego. (Referat własny).

Kol. Festenburg opisuje przypadek gruźlicy otrzewny, w którym przed 2 laty wykonał laparotomią. Jamę otrzewnową przepłukano wodą borową. Po operacyi w pierwszym dniu znacznie podwyższona ciepłota ciała, następnie prawidłowa. Chora wyzdrowiała i obecnie nie ma żadnych przypadków chorobowych.

Kol. Barącz przyznaje, że możnaby także tłómaczyć sobie korzystny wpływ operacyi sprowadzeniem przekrwienia i mocnem zadraźnieniem otrzewny; jeszcze tej sprawy nie rozstrzygnięto.

3) Kol. Barącz przedstawia dziecko ze znaczną kontrakturą małego palca ręki w skutek głębokiej blizny po oparzeniu. Kol. B. operował je sposobem Maasa, t. j. pokrył ubytek po wycięciu blizny dwoma płatami wziętymi ze skóry brzucha i klatki piersiowej. Poprawa jest znaczna, jednak wynik nie jest zupełnie dobry. Metoda Maasa może oddać znaczne usługi przy bliznach kończyn i kontrakturach po oparzeniach utrudniających ruchy kończyny. (Referat własny).

Kol. Schramm nie uznaje prawa do tak znacznego zabiegu w przypadku przedstawionym. Tutaj bowiem sama tenotomia i transplantacya sposobem Thierscha byłaby doprowadziła do takiego samego rezultatu; nadto w przypadku przedstawionym wyniku nie można nazwać dobrym. Sposób Maasa oddaje znaczne usługi, ale w przypadkach, gdzie chodzi o poprawienie ważniejszych funkcyj, niż piątego palca.

Kol. Ziembicki podziela zdanie kol. Schramma.

4) Kol. Barącz okazuje przyrząd Murphego (*Murphy button*) do wykonania enteroanastomozy i cholecystenterostomii bez szwu. Za pomocą tego zmyślnego przyrządu można wykonać wszelkie enteroanastomozy bardzo szybko, podobnie jak przez użycie metody Senna; sposób ten zabezpiecza więc rzeczywiście przed wstrząsem i zakażeniem jamy brzusznej a ma jeszcze tę korzyść, że następowe zwężenie jelita ma być wykluczonem. Przyrząd składa się z dwóch części (połów): męzkiej i żeńskiej; obie mają postać grzyba. W męzkiej części znajduje się wewnątrz sprężyna służąca do przytrzymania żeńskiej; za pomocą odpowiednich haczyków obie części trzymają się razem po zbliżeniu. Obie połowy guzika wprowadza się albo w koniec jelita resekowanego albo w otwór boczny w jelicie, które ma się połączyć z drugiem. Koniec jelita resekowany obrzuca się szwem kuśnierskim, który ściąga się po wprowadzeniu guzika, przezco koniec jelita obcieśnia koniec wałkowaty guzika. Po związaniu szwów oba końce jelita wgłabiają się; po zbliżeniu guzików do siebie gotową jest anastomoza. Część jelita zamknięta pomiędzy brzegami guzików ulega powoli nekrozie a guziki opuszczają na drodze naturalnej przewód pokarmowy, co trwa od 8 dni do miesiąca. Murphy wypróbował swój przyrząd doświadczalnie i klinicznie; zawsze używał go z korzyścią, poleca go zatem do dalszego wypróbowania. Przyrząd ten nadaje się nie tylko po resekcyach jelita do zbliżenia jego świateł, ale i do wszelkich enteroanastomoz i do cholecysto-enterostomii. (Referat własny).

5) Kol. Ziembicki okazuje wyrostek robaczkowy, wycięty z powodu rozpoczynającej się zgorzeli jego w przepuklinie uwięzłej. Pętla jelita nie okazywała jeszcze żadnego śladu zmian patologicznych a wyrostek robaczkowy przedstawia wybitne objawy rozpoczynającej się zgorzeli.

W dyskusyi przemawiali kol. Schramm i kol. Barącz.

6) Kol. Schramm okazuje dwa kamienie wyjęte z pęcherza 5-letniego chłopca, jeden wielkości orzecha włoskiego, drugi orzecha laskowego; powierzchnie ich zupełnie gładkie, miejscami wyszlifowane.

Na zapytanie kol. Barącza co do sposobu operowania odpowiada kol. Schramm, że w tym przypadku operował zwyczajnem cięciem górnem. Ostatnie 6 przypadków kamienia operował kol. S. sposobem śródotrzewnowym Rydygiera, zawsze z korzystnym wynikiem; na podstawie ostatniego przypadku jednakże zachodzi podejrzenie, azali szew pęcherzowy założony na otrzewnę nie może dostać się do pęcherza, którego błona śluzowa pozostaje niezespojona, i dać sposobność do ponownego utworzenia się kamienia.

Na tem zakończono posiedzenie. Sekretarz: *Dr Bory.*

VI. Z wycieczki do Kneippa.

Podał

Dr. J. Surzycki.

Tak często zadają nam lekarzom pytanie, czy i o ile tak zwana kuracya Kneippowska jest racyonalna lub nie, tyle razy żądają od nas objaśnienia, na czem ona mianowicie polega, co w niej tkwi dobrego lub złego, że wobec tego lekarz, chcąc nie chcąc, powinien ją zbadać i jakieś stanowisko zająć w obec swych pacyentów; zbadawszy zaś rzecz całą bez uprzedzenia, może zdać sobie jasno sprawę, czy ma prawo choremu zabraniać, czy też pozwolić na wyjazd do Wörishofen.

Udawać, że o tej metodzie nic się nie wie, zaprzeczać istnieniu zakładu Kneippowskiego jest niewłaściwem według mnie postępowaniem i jak z jednej strony może nas spotkać zarzut uprzedzenia i jednostronności, tak z drugiej strony być może, że czynimy wielki błąd, nie posyłając chorych do Wörishofen, kiedy oni i bez naszej aprobaty tam wciąż jeżdżą i czasem wracają z dobrym skutkiem; bo zdawałoby się w pierwszej chwili, że to jest dla chorego wszystko jedno, czy kuracyę hidropatyczną prowadzi Dr. X czy Z, czy też ks. Kneipp na swój sposób — wszędzie działa zimna woda odpowiednio użyta a rezultaty tu i tam otrzymane mogłyby rozmaicie świadczyć o dobroci tych zakładów wodoleczniczych.

Mając więc nieraz do czynienia z podobnymi pacyentami, chciałem nareszcie sam przekonać się, jak zakład ten urządzony, na czem polega jego wyższość nad podobnymi zakładami i w czem tkwi ta wychwalana skuteczność kuracyi Kneippowskiej. Zwiedziwszy więc ubiegłego lata niektóre zakłady wodolecznicze w Austryi i Szwajcaryi, wstąpiłem wreszcie i do Wörishofen, będąc pewny, że zabawię tam dni kilkanaście i czegoś nowego nauczę się od asystentów sławnego ks. Kneippa a dyplomowanych lekarzy.

Wörishofen leży w południowej Bawaryi mniej więcej 6 godzin drogi koleją od Monachium, jadąc ku Szwajcaryi. Najbliższą stacyą dla Wörishofen jest Türkheim, zkąd w ciągu godziny dojeżdża się końmi do wsi, od roku 1886. sławnej przez istniejący w niej zakład. Dojeżdżając już do Wörishofen na 2 do 3 kilometrów od wsi, dostrzega się na otaczających wieś łąkach całe zastępy kuracyuszów biegających i wykonywających rozmaite ewolucye a im bliżej do wsi, tem liczba ich zwiększa się. Wszędzie widać jedynie wyznawców tego nowego systemu, oddanych z całem poświęceniem się swojej kuracyi. Okolice Wörishofen nieładne, kraina płaska, brak malowniczości zupełny i tylko odrobina lasu, nieopodal wsi widniejąca, urozmaica to miejsce. To też i droga z kolei do wsi nudna, zwłaszcza przy spokojnym temperamencie koni pocztowych. O mieszkanie tutaj nie trudno; zaraz w pierwszym hotelu znalazłem mały pokoik o cenie przystępnej a jak się przekonałem, był to jeden z dwóch hoteli porządniejszych, obok kilkunastu will i prywatnych domków,

w których można znaleść dość skromne pokoiki. Wörishofen bowiem jest wsią i ma pozór naszego małego miasteczka, tylko bez Żydów i rynku, ale co do schludności i czystości wcale nie odbiegło daleko od naszych wymagań, bo i uliczki niebrukowane, tylko szosa, chodników po większej części niema, a błoto potężne po każdym deszczu zlewa się z ciekącą gnojówką z pod każdego niemal domu i tworzy wcale nielecznicze, duszne powietrze, tem bardziej podczas suszy, kiedy pył i kurz są nie do zniesienia. Uliczki wązkie z brudnemi rynsztokami, żadnych alei, a więc i cienia brak do przechadzki; przez środek zaś wsi płynie mała rzeczułka, która poza wsią stanowi miejsce dla tak zwanego *Wassertreten* i innych podobnych procedur. Domy przeważnie parterowe z pruskiego muru, ale jest już dosyć piętrowych a nawet dwupiętrowych kamienic i will, których z każdym rokiem przybywa, zwłaszcza na krańcach wsi; tam też lokują się zwykle zamożniejsi pacyenci. Dodać też muszę, że mieszkańców stałych wraz z klasztorem ma Wörishofen około 1000. Gdziekolwiek wyjdzie się, spotyka się całe kompanie kuracyuszów, którzy wykonywają rozmaite procedury a potem są zajęci rozgrzewaniem się przez szybkie chodzenie a nawet pędzenie kłusem po kamienistej drodze w sandałkach lub bez nich. Naturalnie, że nie trudno znaleść swoich znajomych Polaków i od nich można dowiedzieć się wielu szczegółów. Że w takich odosobnionych grupach mowa jest tylko o cudach, których dokonywa ksiądz Kneipp, o paralitykach uzdrowionych, o ociemniałych, którym po każdym *Obergussie* wzrok wracał, tego nie potrzebuję dodawać; jednem słowem żyje się w atmosferze cudów i nieprawdopodobieństw dla każdego zwykłego śmiertelnika, ale Kneippiści suggestyonują się wzajemnie i wierzą w rzeczy wprost niemożliwe. O żadnych zabawach, koncertach, teatrze nie ma mowy w takiej wiosce a tylko czasami w Niedzielę bywają koncerty w jednej restauracyi, gdzie schodzą się kuracyusze na piwo i słuchają cygańskiej muzyki.

Każdy nowoprzybyły gość znalazłszy sobie mieszkanie, co jak powiedziałem, nie bywa trudno w obec usłużności posługaczy czyhających na gości, zgłasza się zaraz do kancelaryi tak zw. *Kneipp-Vereinu* i zapłaciwszy 2 marki otrzymuje mały notatnik z uwagami co do zachowania się podczas kuracyi, z oznaczeniem godzin lekarzy ordynujących i ks. Kneippa, oraz puste kartki wewnątrz, gdzie zapisują się procedury hidropatyczne ordynowane przez Kneippa. Z taką książeczką idzie się do jednego z lekarzy asystentów, a jest ich oficyalnie 3ch (Dr. Baumgarten Iy, Dr. Eichmann IIgi, Dr. Wirtz IIIci), oprócz 2ch czy 3ch innych, którzy na własną rękę ordynują a jeden nawet z nich (Dr. Maks Packe) używa tytułu *1er médecin attaché à la clinique de Wörishofen*, ażeby skuteczniej na ludzi zadziałać; ci lekarze zwykle za opłatą 3 marek zbadawszy powierzchownie chorego, nieraz nawet przez tużurek słuchając szmerów serca, zapisują rozpoznanie po łacinie do tego *Verordnungs- und Vorlassungs-Buchu*. Lekarze nic sami nie ordynują, a jeżeli który z nich ośmieli się coś sam zaordynować lub też nie jest bezwzględnym wyznawcą zasad ks. Kneippa, to przy pierwszej lepszej sposobności zostaje usunięty i kto inny wchodzi na jego miejsce. A że taka posada jest dobrze płatna, więc i kandydatów nie brak i ten, kto na nią raz się dostanie, nie stara się wchodzić w kolizyę z ks. Kneippem.

Godziny ordynacyjne ks. Kneippa są zwykle od 9. do 10. rano i popołudniu od $1\frac{1}{2}$ do 4. w Sebestianeum i w tych godzinach przyjmują całą masę chorych, z których jedni płacą, drudzy nie płacą, stósownie do swej pozycyi socyalnej i przebytego czasu kuracyi, a dla wybranych t. j. takich, którzy mogą drożej zapłacić (nieraz i 10—12 marek, najmniej jednak 3 marki), ordynuje ks. Kneipp w przytułku dla dzieci (*Kinderasyl*), pomieszczonych w tym zakładzie a leczonych jego systemem. Wśród ścisku i gwaru tłumy chorych czekają na swoją kolej i kiedy ks. Kneipp zasiędzie przy stole w pokoju ordynacyjnym, otoczony całym sztabem asystentów, młodego wikarego, jakiejś starszej dozorczyni chorych i kilku przyjezdnych lekarzy, zaczyna się ordynacya: kolejno wchodzi jeden chory za drugim, podaje lekarzowi swoją książeczkę z wpisanem rozpoznaniem, ten głośno je czyta i podaje książeczkę ks. wikaremu, a równocześnie prawie ksiądz Kneipp spojrzawszy na chorego, nieraz nawet nie zadawszy żadnego pytania choremu, dyktuje ordynacyę, którą dla pośpiechu młody wikary notuje w skróceniu i oddaje książeczkę choremu. Na jednego miejsce już czeka inny chory a nieraz zdarza się, że kilku mężczyzn i kobiet naraz wchodzi tak, że kiedy chora opowiada, jak można najkrócej, o swem cierpieniu kobiecem, inni mężczyźni mimowolnie są świadkami tej spowiedzi, nieraz dość drastycznej. Idzie to wszystko tak pośpiesznie, że podczas godziny ordynacyjnej od 10ej do 11ej przesunęło mi się wówczas przeszło 40tu chorych; otrzymawszy bowiem pozwolenie od ks. Kneippa uczestniczenia w tych jego ordynacyach, przysłuchiwałem się z całą uwagą i notowałem sobie niektóre fakta, z których łatwo można wymiarkować, jak tu kwitnie blaga i mydlenie oczów biednym chorym, wierzącym w ks. Kneippa, jak w świętego. Przytoczę tutaj tylko kilka drastycznych przypadków, zanotowanych i obserwowanych podczas jednej takiej ordynacyjnej godziny. I tak: chory z wadą zastawki dwudzielnej w stanie niekompensacyi ma sobie polecone zimne zlewania (*Blitzgussy*) i te mają mu być codziennie stósowane. Właśnie tego chorego badałem wraz z innymi lekarzami przed stósowaniem tego natrysku i po natrysku, bo zdarzyło się tego dnia, że ksiądz Kneipp sam chciał stósować procedurę wskazaną po swojej godzinie ordynacyjnej, a chociaż zwracano uwagę, że takie natryski będą choremu szkodziły i że wystąpi duszność, tętno przyspieszy się i t. p., to jednak ks. Kneipp nie mający naturalnie pojęcia, na czem taka wada serca polega, nie chciał temu wierzyć. Istotnie tętno było przed natryskiem 104 i równe, oddechów 18, po natrysku 2-minutowym oddechów 42, tętno 144 arytmiczne a chory narzekał na duszność. To jednak ks. Kneippa nie przekonało i polecił dalej tak samo robić zlewania.

Drugi chory uskarżał się, że pomimo zimnych *Rückengussów* ciągle krwią pluje, a że w książeczce miał zanotowane *caverna pulm. dextri*, więc mu ks. Kneipp zmienił ordynacyę i zalecił *Oberguss*; naturalnie skutek można było przewidzieć.

Trzeci chory z *diabetes mellitus* ma polecone sobie *Blitzguss* i *Baarfussgehen*, *Ganzwaschung*, o dyecie zaś odpowiedniej ani wzmianki.

Czwarty chory z rozpoznaniem *myelitis transversa* zostaje wprowadzony przez dwóch posługaczy, także dostaje jakieś *Gussy* i narzeka, że mu nie lepiej; zmieniono mu więc na inne *Gussy* nie z góry, lecz z dołu.

Piąty chory z rozpoznaniem *sclerosis cerebrospinalis disseminata*, także w okresie późniejszym, zostaje oblewany

na różne sposoby, a kiedy prosi o zmianę kuracyi, bo mu nic nie lepiej, ks. Kneipp odpowiada: tylko cierpliwości, będzie dobrze. Dalej wchodzi chory z jaskrą trwającą od kilku miesięcy; dostaje *Oberguss* i *Schenkelguss* z nadzieją, że prędko nastąpi poprawa.

Chory z *otitis interna* otrzymuje *Vollgussy*, ale o leczeniu miejscowem ani mowy.

(Dokończenie nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 5. Lipca 1894 r.

VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie od 23. do 26. Lipca b. r.

W dalszym ciągu zapowiedziano wykłady:

W sekcyi medycyny wewnętrznej:

Dr. Henryk Kowalski (z Tarnowa): Jaki sposób leczenia błonicy gardłą daje najlepsze wyniki?

Dr. Jerzykowski (z Poznania): Przyczynek do nauki o cierpieniach rdzenia pacierzowego w następstwie tyfusu.

W sekcyi okulistycznej:

1) Dr. Juliusz Muttermilch z Warszawy: O leczeniu jaglicy środkami farmaceutycznemi. (Referat).

2) Dr. Adam Szulisławski ze Lwowa: O leczeniu operacyjnem jaglicy. (Referat).

3) Dr. Zygmunt Kramsztyk z Warszawy: O sposobach dążących do usunięcia jaglicy.

4) Dr. Emanuel Machek ze Lwowa: Statystyka jaglicy w Galicyi i w W. Ks. krakowskiem według dat urzędowych.

5) Dr. Ziemiński z Warszawy: Wskazania i przeciwskazania do operacyjnego leczenia jaskry. (Referat).

6) Dr. Machek ze Lwowa: O operacyi zaćmy bez irydektomii.

7) Dr. Ziemiński z Warszawy: O operacyjnem leczeniu wysokich stopni krótkowzroczności.

8) Dr. Sroczyński z Krakowa: W sprawie racyonalnego przepisywania szkieł w nierównej refrakcyi ócz.

9) Dr. Teodor Bałłaban ze Lwowa: Demonstracya instrumentaryum okulistycznego zestawionego podług najnowszych zasad aseptyki.

Dalej zapowiedzieli odczyty (tytuły podadzą później):

10) Walenty Kamocki z Warszawy, 11) Dr. Juliusz Steinhaus z Warszawy, 12) Dr. Zygmunt Kramsztyk z Warszawy i 13) Dr. Tytus Kicki ze Lwowa.

— Dnia 27. z. m. odbyło się posiedzenie zwyczajne Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem kol. prof. Rydygier okazał szereg masek, używanych w klinice chirurgicznej krakowskiej do narkozy eterowej; są to maski Julliarda, Wanschera, Czernego i Vajna, podał ich zalety i wady w użyciu. Kol. Raczyński przedstawił fantom Schlossarka do ćwiczenia się w wykonywaniu intubacyi. Przyrząd ten okazuje się rzeczywiście pożytecznym w użyciu. W dyskusyi zabrał głos kol prof. Jakubowski. Kol. prof. Bujwid miał zapowiedziany odczyt o badaniu wody do picia. W dyskusyi zabierali głos kol. Ponikło i prelegent.

— Wydział krajowy zamianował w szpitalu św. Łazarza w Krakowie sekundaryusza II-ej klasy, Dra Gustawa Malinowskiego sekundaryuszem I-ej klasy, praktykantów zaś Dra Tadeusza Milewskiego i Dra Antoniego Biesiadzkiego sekundaryuszami II-ej klasy.

— Lekarz sztabowy pozasłużbowy, Dr. Panieński w Poznaniu mianowany fizykiem okręgu miejskiego poznańskiego i okręgu zachodnio-poznańskiego.

— Na wystawie higienicznej w Petersburgu otrzymał urząd lekarski miasta Warszawy medal złoty za swe prace statystyczne z zakresu higieny miasta a Dr. Józef Polak mały medal złoty za wydawnictwo czasopisma *Zdrowie*.

— Dr. Józef Polak otrzymał pozwolenie władzy na urządzenie w Warszawie wystawy higienicznej w r. 1895. Prezesem wystawy wybrano prof. Brodowskiego, wiceprezesami pp. Grotowskiego, Mościckiego, Dra Przewoskiego i inspektora urzędu lekarskiego Dra Troickiego. Sekretarzem głównym będzie Dr. Polak. Na miejsce wystawy projektowano stacyą filtrów wodociągów miejskich warszawskich.

— W dniu 22. Czerwca otwarto uroczyście w Warszawie prywatny zakład oftalmiczny Drów Kępińskiego i Garlińskiego.

— W Ciechocinku oddano temi dniami do użytku nowy, murowany budynek mieszczący w sobie obok kilkunastu wanien do kąpieli słonych łaźnię parową i natryski.

— M. Sadowski, współpracownik *Medycyny*, mianowany ordynatorem w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie (*Medycyna*).

— Na konkursie ogłoszonym przez Tow. lekarskie warszawskie otrzymali nagrodę Z. Dmochowski za pracę na temat: Zbadać pod względem anatomicznym sprawy zapalne w zatokach Highmora, Majewski za pracę na temat: Oznaczyć nieszkodliwy stopień skręcenia szyi noworodków, Markowski za pracę na temat: Histologiczna budowa jajowodów (*Gazeta lekarska*).

— Protokół urzędowy obdukcyi zgasłego z ręki morderczej prezydenta Rzeczypospolitej francuskiej Carnota brzmi:

Podpisani doktorowie medycyny przystąpili w dniu dzisiejszym do autopsyi zwłok Prezydenta Rzeczypospolitej francuskiej i znaleźli następujące obrażenia:

Rana znajdowała się bezpośrednio pod prawemi żebrami fałszywemi w odległości 3 centymetrów od wyrostka mieczykowatego, miała długości 20 do 25 milimetrów a brzeszczot dążąc w głąb przeciął zupełnie odpowiednią chrząstkę żebrową.

Brzeszczot sztyletu dostał się aż do lewego zrazu wątroby na odległość 5 do 6 milimetrów mniej więcej od więzadła wieszadłowego, przedziurawił organ od strony lewej do prawej i z góry na dół, raniąc w swem przejściu żyłę bramną, którą otworzył w dwóch miejscach. Długość rany we wnętrzu wątroby wynosi od 11 do 12 centymetrów.

Krwotok śródotrzewnowy, koniecznie śmiertelny był następstwem tego podwójnego przedziurawienia żyły.

Lugdun 25. Czerwca 1894.

Dr. Lacassagne, Dr. Henryk Coutagne, Dr. Ollier, Dr. Rebatel, Dr. Poncet, Dr. Michał Gangolphe, Dr. Fabre.

— Nowo założone w Petersburgu Towarzystwo lekarsko-chirurgiczne odbyło w dniu 2. z. m. posiedzenie inauguracyjne. Prezydentem wybrany Dr. Weliaminow, wiceprezesem prof. Lebediew, sekretarzem Dr. Manassein. W Petersburgu jest obecnie 16 Towarzystw lekarskich, nie licząc do nich kolegiów lekarskich przy szpitalach głównych, które odbywają także mniej lub więcej regularnie posiedzenia.

— Jak ciągle i znacznie powiększa się czynność miejskiego zakładu desinfekcyjnego w Paryżu, dowodem następujące cyfry: W roku 1889. (zaprowadzenie desinfekcyi) od 1. Czerwca do końca roku odbyło desinfekcyą 78 razy, w 1890 r. 652 razy, w 1891 r. 4839 razy, w 1892 r. 18464 razy, w 1893 r. 34659 razy, w pierwszych pięciu miesiącach b. r. 18745 razy, zatem do końca roku będzie prawdopodobnie więcej, niż 40000 razy.

W roku 1893 wydało miasto na desinfekcyą 277000 franków.

Opłata od desinfekcyi stosuje się do wysokości opłacanego przez stronę interesowaną czynszu i tak: kto płaci czynszu rocznego mniej niż 800 franków, nie płaci za desinfekcyę nic. Płacący czynszu rocznego od 800 do 999 franków płaci 5 franków, od 1000 do 1999 płaci 10 franków i t. d. tak, że mieszkający za czynszem 20000 franków i więcej płaci za desinfekcyą 200 franków.

— W Towarzystwie londyńskiem lekarzy Towarzystw asekuracyjnych na życie zajmowano się temi czasy stosunkiem obecności białka w moczu do zabezpieczenia na życie.

Zgodzono się naprzód, iż nie należy uznawać moczu za zawierający białko, jeżeli nie daje osadu za ogrzaniem i za dolaniem kwasu azotowego.

Ogólnie orzeczono, że obecność białka w moczu winna być powodem odroczenia wszelkiej decyzyi aż do drugiego lub nawet trzeciego zbadania. T. Williams był zdania, że wykrycie białka za drugiem badaniem moczu pomimo wystarczać do oddalenia kandydata z żądaniem zabezpieczenia na życie. Crosby zaś sądzi, że jeżeli białko znajdzie się w moczu przy badaniu drugiem lub trzeciem, odbywanem co tydzień, powinno się decyzyę odroczyć na trzy miesiące a jeżeli i po tym terminie białko jest w moczu, należy stronę interesowaną oddalić z żądaniem zabezpieczenia. M. Poore mniema, że obecność białka

ciągła, lecz w małej ilości powinna tylko znacznie podwyższać premię asekuracyjną. Douglas Power był zaś w tej mierze zdania, iż należy uwzględnić wiek. Obecność białka w miernej ilości w wieku ponad 60 lat nie sprzeciwia się koniecznie długiemu życiu. Jakoż Poore przytoczył przykład pewnej kobiety liczącej 76 lat, u której białko w moczu utrzymuje się już od lat 20. Podobne przypadki przywiedli i inni.

— Lekarze należący do francuskiej Izby deputowanych i do Senatu w liczbie od 50 do 60, utworzyli osobną grupę lekarsko-parlamentarną. Honorowym prezydentem wybrany senator Berthelot, prezydentem rzeczywistym Leon Labbé, również senator, wiceprezydentami senator Cornil i deputowany Lannelongue, sekretarzami senator Dellestable i deputowany Pedebidou, kwestorem deputowany Guéneau. Na pierwszem zebraniu zajmowano się sprawą pełnienia służby wojskowej przez studentów medycyny.

— Kongres chirurgów francuzkich odbędzie swe ósme zebranie w Lugdunie w Październiku. Pierwsze posiedzenie 9. t. m. o 9. rano w gmachu Wydziału lekarskiego. Na porządku dziennym: 1) etyologia i patogeneza raka i 2) chirurgia stosu kręgowego.

— W ubiegłem półroczu zimowem wynosiła liczba słuchaczy wydziału lekarskiego w Krakowie 456 (415 zwyczajnych i 41 nadzwyczajnych), w Wiedniu 2,114 (1899 i 515), w Inspruku 288 (270 i 18), w Pradze w uniwersytecie niemieckim 611 (596 i 15) a czeskim 1,019 (1,001 i 18), w Gracu 542 (510 i 32). W porównaniu do poprzedniego półrocza zimowego zmniejszyła się ogólna liczba uczniów prawie o 8%.

— **Nekrologia.** Zmarł w Drohobyczu lekarz salinarny Dr. Kazimierz Jurkiewicz.

Redakcya otrzymała:

A. Obaliński: Ueber Laparotomie bei innerem Darmverschluss auf Grund eigener 110 Fälle. (Odbitka z *Archiv für klinische Chirurgie*).

B. Wicherkiewicz: Zastrzykiwania podspojówkowe sublimatu w zapaleniach sympatycznych. (Odbitka z *Nowin lekarskich*).

W. Wroński: Epidemia cholery azyatyckiej w Nasielsku i wioskach okolicznych. (Odbitka z *Kroniki lekarskiej*).

NADESŁANE.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 947.

KONKURS.

Wydział powiatowy w Nadwórnie rozpisuje niniejszem ponownie konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Majdanie średnim z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na podróże w kwocie 400 złr.

Ludność do dotyczącego okręgu należąca wynosi 19.450 dusz.

Kompetujący wykazać się mają:

1) obywatelstwem austryackiem;
2) dyplomem doktora medycyny;
3) świadectwem moralności;
4) znajomością języków krajowych;
5) praktyką najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim a po otrzymaniu posady stósować się ściśle do instrukcyi z dnia 31. Grudnia 1891. Dz. ust. kraj. Nr. 83. i utrzymywać aptekę domową.

Termin do wniesienia podań oznacza się do końca Lipca 1894 r.

Nadwórna dnia 20. Czerwca 1894. 143—1—1



Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.